

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

W niniejszym Załączniku opisano zakres i warunki **minimalne**. Złożenie oferty zawierającej zapisy dotyczące wprowadzenia warunku zmieniającego zakres nie podlegający zmianom **spowoduje odrzucenie oferty**.

W opisie zawarto również warunki **fakultatywne**, których zastosowanie w ofercie podlegać będzie ocenie.

1. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zamawiającego.
2. Szacowana liczba osób, które mogą skorzystać z ubezpieczenia to 289 osób. Jest to liczba aktualnie zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień 10-12-2015 r. (informację o strukturze wiekowo-płciowej pracowników zawiera Załącznik nr 6 do SIWZ). Aktualna liczba osób objętych ubezpieczeniem to 289 osób.
3. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy przystąpią do ubezpieczenia z uwagi na fakt, iż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników, aby do niego przystąpili.
4. Jeżeli do ubezpieczenia przystąpi mniej niż 50% aktualnie ubezpieczonych osób w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy - każda ze stron umowy ma prawo rozwiązać umowę po uprzednim 3 miesięcznym okresie wypowiedzenia. Zmiana postanowień umowy musi być poprzedzona złożeniem wniosku przez jedną ze stron oraz pod rygorem nieważności, musi zostać dokonana w formie pisemnej za zgodą obu stron.
5. Zmiana umowy, o której mowa w pkt. 4 musi być dokonana z zachowaniem przepisu art.140 ust. 3 ustawy o Pzp który stanowi, iż umowa podlega unieważnieniu w części wykraczającej poza określenie przedmiotu zamówienia zawarte w SIWZ.
6. Do ubezpieczenia mogą przystąpić wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone, także te, które ukończyły 89 rok życia oraz osoby dotychczas nieubezpieczone, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 70 roku życia – dotyczy to całego zakresu ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat. W przypadku osób przekraczających ten wiek i będących nadal pracownikami następuje wydłużenie odpowiedzialności dla całego zakresu ubezpieczenia do czasu trwania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym.
8. Wykonawca nie będzie wymagał wobec pracowników żadnych ankiet medycznych, jak również przedstawienia żadnych informacji dotyczących stanu ich zdrowia, jak również nie będzie przeprowadzał badań lekarskich w dowolnym czasie przystąpienia do ubezpieczenia.
9. Pracownicy dotychczas ubezpieczeni przebywający na zwolnieniu lekarskim, na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, tacierzyńskim, rodzicielskim bądź w szpitalu, w dacie początku ubezpieczenia - mają prawo przystąpienia do ubezpieczenia.
10. Zamawiający zastrzega, że w ramach zamówienia będzie funkcjonować jeden Wariant ubezpieczenia zgodnie z przyjętą w postępowaniu ofertą.
11. Po zawarciu umowy Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia Ubezpieczającemu certyfikatów ubezpieczenia dla każdego pracownika objętego ochroną

Znak sprawy: KZP/14/2015

ubezpieczeniową lub Wykonawca umożliwi wydruk certyfikatów dla każdego pracownika objętego ochroną ubezpieczeniową potwierdzających objęcie ubezpieczeniem, poprzez system informatyczny do obsługi ubezpieczenia.

12. Wykonawca akceptuje, że liczba ubezpieczonych może ulec zmianie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
13. Wykonawca gwarantuje niezmienność składki miesięcznej jednostkowej przez cały okres ubezpieczenia.
14. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników bez okresu karencji w pełnym zakresie jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od daty:
 - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej będą obowiązywały następujące okresy karencji:
 - 9 miesięcy – urodzenie dziecka,
 - 6 miesięcy – śmierć ubezpieczonego, śmierć małżonka, śmierć rodziców i teściów, urodzenie martwego dziecka, ciężkie choroby małżonka,
 - 90 dni – ciężkie choroby ubezpieczonego, operacje chirurgiczne,
 - 1 miesiąc – pobyt w szpitalu spowodowany chorobą.Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
16. Zakres terytorialny ubezpieczenia – ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata, całodobowo, z wyjątkiem:
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu - odpowiedzialność może być ograniczona do RP i pozostałych krajów Unii Europejskiej.
 - przeprowadzenia operacji chirurgicznej - odpowiedzialność może być ograniczona do RP.
17. Wykonawca skróci okres wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa do 6 miesięcy.
18. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły lub wydarzyły się przed datą objęcia odpowiedzialnością przez Wykonawcę, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Zapis ten dotyczy osób obecnie ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Dotyczy następujących świadczeń z tytułu:
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - zgonu współmałżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - poważnego zachorowania małżonka ubezpieczonego,
 - operacji chirurgicznych,

Znak sprawy: KZP/14/2015

19. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń.
20. Nie dopuszcza się wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z amatorskim uprawianiem sportów nie mających ryzykownego charakteru lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych nie mających ryzykownego charakteru, przy czym za takie uważa się w szczególności narciarstwo i snowbording (z wyłączeniem ekstremalnego), turystyczne spływy kajakowe, nurkowanie bez specjalistycznego sprzętu umożliwiającego oddychanie pod wodą, jazdę gokartami, jazdę quadami, uczestnictwo w rywalizacjach sportowych bez użycia pojazdów kołowych, łodzi, koni lub nart wodnych.
21. Do obowiązków pracowników Zamawiającego należeć będzie zebranie deklaracji / wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, ich przekazywanie ubezpieczycielowi oraz przechowywanie po zwrocie, udostępnianie zainteresowanym przystąpieniem do ubezpieczenia Ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązujących w umowie, aktualizacja listy ubezpieczonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dane dotyczące ubezpieczonego, uposażonego), przekazywanie składek za ubezpieczenie oraz rozliczenia tych składek wraz z wykazem ubezpieczonych osób oraz ewentualnie inne czynności uzgodnione z Zamawiającym.
22. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia lub umożliwi przesyłanie dokumentów za pomocą poczty elektronicznej. Oczekiwany zakres funkcji systemu informatycznego będzie w szczególności obejmować:
 - prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem,
 - ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia
 - ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia
 - rozliczanie składek miesięcznych.
23. Wykonawca gwarantuje możliwość zgłaszania przynajmniej świadczeń bezspornych (z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka) drogą elektroniczną (poczta e-mail, faks) bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem oraz wypłatę tych świadczeń w ciągu 5 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
24. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione w pkt. 23 Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia najpóźniej w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia świadczenia, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Ponadto w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia do osoby składającej roszczenie będzie wysyłane pismo z prośbą o uzupełnienie dokumentacji oraz listą informacji niezbędnych do zakończenia procesu likwidacji roszczenia.
25. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z uzasadnionym wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty.
26. Wykonawca zapewni obsługę grupowego ubezpieczenia na życie na terenie województwa mazowieckiego, co oznacza, że gwarantuje co najmniej:
 - przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,

Znak sprawy: KZP/14/2015

- przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
- przeprowadzenie badań lekarskich.

27. Wykonawca zagwarantuje ubezpieczonemu, tj. pracownikowi dożywotnią indywidualną kontynuację ubezpieczenia, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym przy maksymalnej składce 7,00 zł od każdego 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego. Wykonawca nie będzie wymagał wypełnienia ankiet medycznych.

Wybór sumy ubezpieczenia należy do ubezpieczonego, przy czym suma ta nie może być niższa niż 7.000zł i przekraczać 15.000,00 zł.

Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że przekazano za niego składkę za okres co najmniej 6 miesięcy, natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji Ubezpieczającego bez względu na okres przekazywania składek za Ubezpieczonego. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

Minimalny obligatoryjny zakres kontynuacji powinien obejmować :

Śmierć ubezpieczonego – min. 100%

Śmierć ubezpieczonego wskutek NW – min. 200%

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – min. 1-4% za 1% uszczerbku

Śmierć małżonka – min. 100%

Śmierć dziecka – min. 30%

Urodzenie dziecka – min. 10%

Śmierć rodziców lub teściów – min.20%

Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – min. 40%

28. Wykonawca winien złożyć ofertę zgodnie z zakresem i wysokością świadczeń, które podane zostały w tabeli:

Lp	Minimalny zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczeń w zł
1.	Śmierć ubezpieczonego	16 000
2.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	32 000
3.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	48 000
4.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy	48 000
5.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy	64 000
6.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku	170
7.	Śmierć małżonka	16 000
8.	Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	32 000
9.	Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego	1 900
10.	Urodzenie się dziecka	800
11.	Urodzenie martwego dziecka	1 600
12.	Poważne zachorowania ubezpieczonego	5 500
13.	Poważne zachorowania małżonka ubezpieczonego	1 500
14.	Operacje chirurgiczne – suma ubezpieczenia (katalog co najmniej 450 zabiegów)	3 500
15.	Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby do 14 dni	50
16.	Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby powyżej 14 dni	50
17.	Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do 14 dni	125
18.	Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy do 14 dni	150
19.	Pobyty Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku przy pracy – powyżej 14 dni	50
20.	Pobyty Ubezpieczonego na OIOM/OIT – jednorazowo	500
21.	Pakiet „Zdrowie”	Tak

Uwaga! Podane w tabeli wysokości świadczeń są wartościami skumulowanymi.

29. Definicje:

- **ubezpieczony** - pracownik Ubezpieczającego; pod warunkiem że przystąpi do ubezpieczenia
- **pracownik** - osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym na podstawie ważnej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu, umowy zlecenia, umowy o dzieło bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Wykonawcę;
- **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
- **rodzic** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Ubezpieczonego. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),
- **teść** – matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),
- **nieszczęśliwy wypadek** - nagle, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte umową ubezpieczenia;
- **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym a także w związku z ruchem pojazdu szynowego. Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty lub pieszego.
- **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- **trwały uszczerbek na zdrowiu** – każde naruszenie sprawności organizmu polegające na fizycznej utracie organu, narządu, układu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji;
- **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- **udar mózgu** - nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa.

Znak sprawy: KZP/14/2015

- **urodzenie się dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka do 3 roku życia;
- **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe, pod warunkiem, że urodzenie to zostało zarejestrowane;
- **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko - pielęgniarskiej.
- **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone od pierwszego dnia pobytu w szpitalu z tym, że świadczenie będzie wypłacone za **pobyt trwający dłużej niż 3 dni** w przypadku choroby i w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się każdy dzień wg daty kalendarzowej, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, w tym dzień przyjęcia i dzień wypisu ze szpitalu. Maksymalna ilość dni pobytu w szpitalu, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej oraz na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.
- **OIOM/OIT** – specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za OIOM uznaje się także oddziały intensywnej opieki kardiologicznej i neurologicznej. Świadczenie wypłacane jednorazowo lub za każdy dzień pobytu (jednorazowo maksymalnie za 5 dni).
- **operacja chirurgiczna - operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej metodą endoskopową, laparoskopową, otwartą lub zamkniętą przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Ustalenie wysokości świadczenia dotyczącego konkretnej operacji chirurgicznej będzie odbywało się zgodnie z postanowieniami OWU Wykonawcy. Zakres katalogu operacji chirurgicznych obejmował będzie co najmniej 400 przypadków operacji. Dopuszcza się również zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9). Podana w tabeli świadczeń (pkt 28) suma ubezpieczenia oznacza maksymalną wysokość świadczenia za zdarzenia ubezpieczeniowe, wysokość poszczególnych innych świadczeń zgodnie z katalogiem ubezpieczyciela. Wykonawca nie może wymagać do wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przebytą operacją.
- **poważne zachorowanie Ubezpieczonego - katalog ciężkich chorób ubezpieczonego musi zawierać co najmniej następujące choroby:**
 - anemia aplastyczna,
 - angioplastyka naczyń wieńcowych,
 - choroba Parkinsona,
 - guz wewnątrzczaszkowy,
 - leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass),
 - niewydolność nerek,
 - nowotwór złośliwy,
 - oparzenia,

Znak sprawy: KZP/14/2015

- operacja aorty,
- operacja zastawek serca,
- przewlekła niewydolność wątroby,
- paraliż,
- przeszczep dużych narządów,
- sepsa,
- stwardnienie rozsiane,
- śpiączka,
- udar mózgu,
- utrata kończyn,
- utrata słuchu,
- utrata wzroku,
- zakażenie wirusem HIV,
- zawał serca

Katalog ciężkich chorób małżonka ubezpieczonego musi zawierać co najmniej następujące choroby:

- anemia aplastyczna,
- guz wewnątrzczaszkowy,
- leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass),
- niewydolność nerek,
- nowotwór złośliwy,
- oparzenia,
- operacja aorty,
- operacja zastawek serca,
- przeszczep dużych narządów,
- udar mózgu,
- utrata wzroku,
- zakażenie wirusem HIV,
- zawał serca

za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.

- **Pakiet "Zdrowie"** – Zamawiający wymaga spełnienia przynajmniej następujących warunków:
 - rezerwacja świadczeń medycznych za pomocą całodobowej infolinii – możliwość umówienia wizyty na określony dzień i godzinę.
 - potwierdzanie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS.
 - dostępność lekarzy specjalistów w terminie do 5 dni roboczych
 - możliwość uzyskania porad lekarzy specjalistów bez konieczności uzyskania skierowań - w ramach pakietu Wykonawca zapewnia dostęp co najmniej do poniższych specjalistów:
 - okulista,
 - o chirurg ogólny,
 - o dermatolog,
 - o neurolog,
 - o otolaryngolog,
 - o gastrolog,
 - o ortopeda,
 - o urolog,
 - o ginekolog,
 - o kardiolog,
 - konsultacje specjalistyczne będą obejmowały: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, skierowanie na badania diagnostyczne,
 - możliwość korzystania z placówek Wykonawcy na terenie całego kraju,
 - prowadzenie ciąży
 - brak okresów karencji możliwość korzystania z usług od pierwszego dnia ubezpieczenia

Znak sprawy: KZP/14/2015

- zabiegi ambulatoryjne
 - o **chirurgia**: nacięcie ropnia, leczenie wrośniętego paznokcia, szycie rany, zdjęcie szwów,
 - o **ginekologia**: pobranie materiału do badania cytologicznego
 - o **okulistyka**: badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, usunięcie ciała obcego z oka, dobór szkieł korekcyjnych.
 - o **ortopedia**: opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu).
 - o **otolaryngologia**: płukanie uszu, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła, postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, opatrunek uszny z lekiem.
 - o **urologia**: zakładanie cewników (bez kosztu cewnika).
 - o **pozostałe zabiegi ambulatoryjne**: pomiar ciśnienia, pomiar wzrostu i wagi ciała, iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne, podłączenie wlewu kroplowego, pobranie krwi, usunięcie kleszcza.
- **opieka stomatologiczna** – bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku
- **diagnostyka laboratoryjna**:
 - o badania moczu
 - o badania serologiczne i immunologiczne
 - o badania hematologiczne
 - o badanie biochemiczne, w tym krzepnięcia krwi
- **ultrasonografia**: USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne transwaginalne, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, USG miednicy małej, USG piersi, USG tarczycy, USG ciąży.
- **udzielnie przez Wykonawcę przynajmniej 15% zniżki w stosunku do ceny usługi obowiązującej w danej placówce na pozostałe usługi medyczne.**

KLAUZULE FAKULTATYWNE (PODLEGAJĄCE OCENIE)

- 1. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu** - polega na rozszerzeniu zakresu terytorialnego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na terytorium całego świata – **10 pkt.**
- 2. Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby** - Wykonawca zagwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej ciężkiej choroby u danego ubezpieczonego wymienionej w ramach zakresu obligatoryjnego, która wystąpi w trakcie trwania umowy ubezpieczenia bez względu na związek przyczynowo-skutkowy. Po wystąpieniu danej choroby odpowiedzialność towarzystwa wygasa w zakresie tej choroby – **30 pkt.**
- 3. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobytu w sanatorium** – Wykonawca uzna swą odpowiedzialność i przyzna świadczenie w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenie przyznane będzie jeden raz w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy w wysokości 500zł, zaś w pozostałym okresie 6 miesięcy świadczenie zostanie przyznane w wysokości 250zł. Niezależnie od liczby pobyków Ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium. Minimalna kwota świadczenia to 500,00 zł - **30 pkt.**
- 4. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobytu w związku z rehabilitacją** – Ubezpieczyciel przyzna świadczenie w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia w związku z rehabilitacją do trzech pobyków w szpitalu w

Znak sprawy: KZP/14/2015

całym okresie ubezpieczenia (42 miesiące) w związku z leczeniem następstw danego wypadku i/lub danej choroby zaistniałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela – **30 pkt.**

5. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobyt w związku z leczeniem depresji i nerwicy** - Ubezpieczyciel przyzna świadczenie w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia w związku z leczeniem depresji lub nerwicy, których podłożem jest praca zawodowa. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy oraz w pozostałym okresie 6 miesięcy trwania umowy – **30 pkt.**
6. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu poprzez skrócenie liczby dni za pobyt w związku z chorobą** - świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone za pobyt trwający co najmniej 3 dni w przypadku pobytu w związku z chorobą - pobyt liczony jako data przyjęcia i data wypisu ze szpitala – **30 pkt.**
7. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu poprzez skrócenie liczby dni za pobyt w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** - świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone za pobyt trwający co najmniej 1 dzień w przypadku pobytu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem - pobyt liczony jako data przyjęcia i data wypisu ze szpitala – **30 pkt.**
8. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych** – polega na uznaniu przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za operacje chirurgiczne przeprowadzone w placówce medycznej zlokalizowanej na terytorium krajów UE – **10 pkt.**
9. **Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego** - przedmiotem ubezpieczenia jest przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy przynajmniej następujących zabiegów: chemioterapii albo radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera/ defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacji i dializoterapii. W przypadku przeprowadzenia zarówno radioterapii i chemioterapii dopuszcza się wypłatę tylko jednego z świadczeń. Minimalna kwota świadczenia to 3 000,00 zł. Zamawiający dopuszcza definicje w/w zabiegów zgodnie z OWU Wykonawcy – **20 pkt.**
10. **Klauzula rozszerzająca ochronę Ubezpieczyciela o kartę/ryczałt lekową/y** - świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości wynikającej z umowy lub wypłata ryczałtu przeznaczonego na zakup leków po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na wypadek leczenia szpitalnego. Wykonawca przyzna ubezpieczonemu prawo do świadczenia za co najmniej trzy rozpoczęte pobytu w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami polisy, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Minimalna wartość świadczenia 200zł,00; maksymalnie w roku polisowym to 600,00zł - **20 pkt.**
11. **Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego** – W przypadku udostępnienia przez Wykonawcę w dniu zawarcia umowy systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego umożliwiającego dokonywanie w drodze elektronicznej przynajmniej niżej wymienionych czynności:
 - prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
 - ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
 - ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
 - rozliczenie składek miesięcznych

Znak sprawy: KZP/14/2015

- generowanie wniosku o wypłatę świadczeń z możliwością zgłaszania świadczeń poprzez łącza internetowe,
 - generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
 - ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
 - generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie
- 30 pkt.**

12. Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu – wydłużenie maksymalnego pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie do 180 dni w ciągu roku polisowego - **10 pkt.**

13. Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych – Ubezpieczyciel przyzna prawo do zniżek w ubezpieczeniach majątkowych, komunikacyjnych czy osobowych osobom, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w wysokości 10% – **20 pkt.**

OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA

Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01-03-2016 r. – 28-02-2019 r.

Przez pojęcie „termin realizacji zamówienia” rozumie się przedział czasowy, w którym udzielona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

Sposób i forma płatności: składka będzie płacona miesięcznie przelewem przez Zamawiającego na numer konta bankowego nadany Zamawiającemu przez Wykonawcę. Termin przekazywania składek określa się najpóźniej do 15 dnia miesiąca, za który są należne. W przypadku, gdy dzień płatności, tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie.

Suma składek za każdy miesięczny okres ochrony nie może przekraczać wartości wynikającej z iloczynu ilości osób aktualnie objętych ochroną ubezpieczeniową i wysokości składki miesięcznej jednostkowej.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Załącznik nr 4 do SIWZ stanowi dokument wymagany w ofercie zgodnie z punktem VI SIWZ, zaś przyjęty w ofercie zakres zostanie oceniony zgodnie z kryteriami opisanymi w punkcie XIII SIWZ.

Postanowienia SIWZ oraz wypełnionego przez Wykonawcę formularza (Załącznik nr 4 do SIWZ) mają pierwszeństwo nad postanowieniami Ogólnych/szczególnych Warunków Ubezpieczenia danego Wykonawcy, które stanowią uzupełnienie oferty i regulują kwestie nieokreślone w wyżej wymienionych dokumentach.

Jeżeli w treści OWU znajdują się zapisy dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w Załączniku nr 1 do niniejszej SIWZ i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.

Przyjęcie warunków przetargu jest jednoznaczne z przyjęciem wzoru umowy zawartym w Załączniku nr 3 do niniejszej SIWZ.